

# MANUAL DE MEDICAID Y FAMIS PLUS



Elaborado por:

**Departamento de Servicios de Asistencia Médica  
600 East Broad Street  
Suite 1300  
Richmond, Virginia 23219-1857**

**Declaración** Proporcionar un sistema de servicios de salud integrales de objetivos: de alta calidad para los residentes aptos de Virginia y sus familias.

**Vigencia  
marzo del 2007**

[www.dmas.virginia.gov](http://www.dmas.virginia.gov)



# ÍNDICE

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MEDICAID Y FAMIS PLUS .....</b>                         | <b>1</b>  |
| ¿Cómo presento mi solicitud? .....                                                   | 1         |
| ¿Qué me preguntarán? .....                                                           | 2         |
| Normas especiales para las personas casadas que necesitan cuidados a largo plazo.... | 3         |
| ¿Quién decide y cuánto tiempo lleva? .....                                           | 3         |
| <b>GRUPOS CON COBERTURA COMPLETA .....</b>                                           | <b>5</b>  |
| <b>GRUPOS CON COBERTURA LIMITADA.....</b>                                            | <b>6</b>  |
| Grupos cubiertos relacionados con Medicare .....                                     | 6         |
| Programa de Servicios de Planificación Familiar .....                                | 6         |
| <b>MEDICAID Y OTROS SEGUROS.....</b>                                                 | <b>7</b>  |
| <b>TARJETA MÉDICA DE MEDICAID O FAMIS PLUS.....</b>                                  | <b>8</b>  |
| <b>UTILIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE MEDICAID .....</b>                               | <b>8</b>  |
| Cobertura normal de Medicaid .....                                                   | 8         |
| Cuidados administrados .....                                                         | 9         |
| Administración médica del cliente (CMM) .....                                        | 10        |
| <b>ATENCIÓN MÉDICA DE MEDICAID O FAMIS PLUS.....</b>                                 | <b>10</b> |
| <b>COPAGOS .....</b>                                                                 | <b>13</b> |
| <b>BENEFICIOS DE MEDICAID O FAMIS PLUS.....</b>                                      | <b>13</b> |
| <b>SERVICIOS PARA NIÑOS/EPST.....</b>                                                | <b>18</b> |

|                                                                              |           |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SERVICIOS NO CUBIERTOS POR MEDICAID Y FAMIS PLUS.....</b>                 | <b>20</b> |
| <b>SERVICIOS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO (LTC) .....</b>                       | <b>21</b> |
| <b>Examen para los servicios de cuidados a largo plazo .....</b>             | <b>21</b> |
| <b>Exenciones basadas en el hogar y la comunidad.....</b>                    | <b>21</b> |
| <b>SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES .....</b>                                | <b>23</b> |
| <b>FRAUDE Y OTRAS RECUPERACIONES .....</b>                                   | <b>23</b> |
| <b>Reclamos de responsabilidad de terceros y lesiones personales .....</b>   | <b>24</b> |
| <b>Recuperación del estado.....</b>                                          | <b>24</b> |
| <b>CÓMO Y CUÁNDO PRESENTAR UNA APELACIÓN.....</b>                            | <b>24</b> |
| <b>DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES .....</b>                   | <b>25</b> |
| <b>Departamento Local de Servicios Sociales en su ciudad o condado .....</b> | <b>25</b> |
| <b>Departamento de Servicios Sociales de Virginia.....</b>                   | <b>25</b> |
| <b>Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia.....</b>       | <b>26</b> |
| <b>Información en el sitio Web de Internet.....</b>                          | <b>26</b> |
| <b>OTROS PROGRAMAS RELACIONADOS .....</b>                                    | <b>26</b> |
| <b>INFORMACIÓN SOBRE PRIVACIDAD .....</b>                                    | <b>28</b> |
| <b>GLOSARIO.....</b>                                                         | <b>33</b> |

## INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MEDICAID Y FAMIS PLUS

Medicaid y la cobertura para niños incluida en FAMIS Plus son programas que ayudan a pagar la atención médica. Para ser elegible para Medicaid o FAMIS Plus usted debe poseer un ingreso y recursos limitados y debe estar en uno de los grupos de personas cubiertos por Medicaid. Algunos grupos cubiertos por Medicaid son: mujeres embarazadas, niños, personas con discapacidades y personas mayores de 65 años.

Medicaid y FAMIS Plus son programas fundados por los gobiernos estatal y federal. No todas las personas con facturas médicas elevadas son elegibles. Las normas de elegibilidad pueden ser diferentes para los niños, adultos y las personas en centros de enfermería, pero todas las personas dentro de un grupo reciben la misma atención. En Virginia, el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (*Department of Medical Assistance Services - DMAS*) administra el programa de Medicaid. El Departamento de Servicios Sociales (*Department of Social Services - DSS*) tiene la responsabilidad de recibir las solicitudes y determinar si reúnen los requisitos.

Medicaid cuenta con tres niveles de beneficios:

- **Cobertura completa** – Proporciona el rango completo de beneficios que incluyen los servicios médicos, de hospitales y farmacias para aquellas personas no inscritas en Medicare.
- **Cobertura por tiempo limitado** – Incluye a personas que sufren una reducción en sus ingresos o las mujeres que reciben los servicios de planificación familiar durante 24 meses después de que caduca su cobertura de Medicaid posterior un embarazo.
- **Cobertura relacionada con Medicare** – Proporciona el pago de Medicaid de las primas de Medicare, además puede incluir el pago de los deducibles y coseguros de Medicare hasta los pagos máximos de Medicaid.

### ¿Cómo presento mi solicitud?

Para presentar la solicitud para Medicaid y FAMIS Plus, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales (DSS) en la ciudad o condado donde vive. Puede encontrar el número de teléfono del DSS local en las páginas azules de la guía telefónica. También puede presentar las solicitudes en algunos hospitales grandes. La solicitud debe contar con la firma de la persona que requiere la asistencia. Si esta solicitando para un menor que la complete y firme el tutor legal, custodio, abogado de hecho o representante legal del solicitante. El padre, tutor legal, representante legal autorizado o familiar a cargo con quien vive el niño deben firmar las solicitudes de niños menores de 18 años. Los niños menores de 18 no pueden presentar la solicitud por sí mismos, a menos que estén emancipados. Sin embargo, si una persona menor de 18 años tiene un hijo, puede presentar una solicitud del hijo. No es necesaria una entrevista personal.

Puede utilizar la herramienta de selección en el sitio Web del DSS (<http://dssiad.dss.state.va.us/EligibilityScreening>) para ayudarlo a determinar si su hijo es elegible para Medicaid o el seguro de salud para niños, pero la decisión final la tomará un trabajadora de elegibilidad del DSS local.

### ¿Qué me preguntarán?

A los solicitantes de Medicaid se les pide proporcionar su número de Seguro Social, declarar la residencia en Virginia, proporcionar la documentación de la ciudadanía estadounidense e identidad o la condición de extranjero. Si usted afirma que no puede trabajar debido a una discapacidad, se le preguntará si presentó la solicitud para los beneficios por discapacidad. Si no lo ha hecho, le pueden solicitar información adicional acerca de su afección médica. Si afirma estar embarazada, se le solicitará la presentación de pruebas del embarazo realizada por un prestador médico, tales como los resultados médicos por escrito (documentación) de la prueba de embarazo.

### Ingresos

Usted debe revelar todos los ingresos que recibe. Los ingresos incluyen las ganancias, tales como los salarios, así como también los ingresos no provenientes de trabajo, tales como las jubilaciones, los beneficios para veteranos de guerra, manutención infantil, etc. Se reúnen todas fuentes de ingreso y se comparan con el límite de ingresos para determinar si es elegible.

Los límites de los ingresos varían de acuerdo con el grupo cubierto y el tipo de cobertura. Para algunos grupos, los límites de los ingresos varían según el condado o ciudad donde viva. Se evalúa el total de los "ingresos brutos", se permiten las deducciones de acuerdo con la política de Medicaid, y el monto del ingreso remanente se compara con el límite de Medicaid correspondiente. El "ingreso bruto" es el monto previo a la aplicación de los impuestos e deducciones de los ingresos. El monto de sus deudas o facturas impagas no se utiliza para determinar si sus ingresos están dentro de los límites de Medicaid.

Las personas que reúnen todos los requisitos de elegibilidad de Medicaid excepto por los ingresos pueden ubicarse en la "reducción de ingresos". Este grupo se denomina **Con necesidades de atención médica**. Un individuo cuyos ingresos son superiores al límite de ingresos de Medicaid pero inferiores a sus gastos médicos puede ser elegible para Medicaid por un período limitado de tiempo.

Los niños y las mujeres embarazadas con ingresos superiores al límite de ingresos de Medicaid pueden ser elegibles para el programa Acceso Familiar a Cobertura de Seguro Médico (*Family Access to Medical Insurance Security - FAMIS*), Programa de Seguro de Salud para Niños de Virginia. Para obtener más información, llame a FAMIS al 1-886-87FAMIS, (1-866-873-2647).

### Recursos (Bienes)

Es posible que se le solicite revelar todos los recursos que posea. No se realiza la evaluación de los recursos para FAMIS Plus y algunas mujeres embarazadas. Los recursos incluyen dinero disponible, en el banco, y en una caja de seguridad, acciones, bonos, certificados de depósito, fideicomisos o planes de sepelio prepagados. Los recursos además incluyen autos, barcos, pólizas de seguros de vida y bienes inmuebles. Se deben informar todos los recursos; no obstante, no todos los recursos se tienen en cuenta en el momento de decidir si reúne los requisitos para Medicaid. Por ejemplo, se debe informar la posesión de todos los vehículos, sin embargo, un vehículo que posea no es un recurso que se cuente para los fines de Medicaid.

Si el valor de sus recursos es superior al límite de los recursos de Medicaid al momento de solicitar la cobertura de Medicaid, puede ser elegible para Medicaid por medio de la reducción de sus recursos al límite o por debajo del mismo.

Un recurso que se vende o entrega a un valor inferior al real puede provocar que no lo consideren elegible para la cobertura de Medicare de servicios de cuidados a largo plazo durante un determinado período de tiempo.

### **Cuidados a largo plazo (LTC) – Transferencia de bienes**

Si necesita los servicios de cuidados a largo plazo (Long-term Care – LTC), ya sea en un centro de enfermería o en su hogar, se le solicitará que describa todas las transferencias de bienes (recursos) que se hayan realizado o los fondos fiduciarios que se hayan establecido dentro de los últimos cinco (5) años. Se incluyen acciones tales como la transferencia de un título a un intermediario, eliminación de su nombre de un título de propiedad, o la donación de dinero. Los solicitantes o afiliados de Medicaid que transfieren (venden, donan, o se deshacen de) bienes sin recibir la remuneración adecuada pueden ser declarados no elegibles para los pagos de servicios de cuidados a largo plazo de Medicaid durante un período de tiempo. Es posible que algunas transferencias de bienes no afecten la elegibilidad de acuerdo con las circunstancias o si el programa Medicaid determina que la denegación de la elegibilidad para Medicaid podría provocar dificultades innecesarias. Las transferencias que se realicen después de la afiliación a Medicaid también pueden causar la penalización en el pago de los servicios de cuidados a largo plazo.

### **Normas especiales para las personas casadas que necesitan cuidados a largo plazo**

Medicaid emplea normas especiales para determinar la elegibilidad para Medicaid en el caso en que un miembro de un matrimonio recibe cuidados a largo plazo y el otro no. Estas normas se denominan “protecciones contra el empobrecimiento conyugal”. Se evalúan los recursos e ingresos para determinar cuánto debería reservarse para el cónyuge que permanece en el hogar sin afectar la elegibilidad para Medicaid del otro cónyuge.

Se puede solicitar la evaluación de los recursos en el momento en que el cónyuge se interna en una institución médica. Se debe completar una evaluación de recursos en el momento en que una persona casada legalmente con su cónyuge en la comunidad, presenta la solicitud para Medicaid.

Debido a que la política del LTC es muy compleja, comuníquese con el DSS local si tiene más preguntas. El personal del DSS local no aconsejará a una persona a que tome alguna línea de acción específica para reunir los requisitos para Medicaid, pero pueden proporcionarle información detallada de la política.

### **¿Quién decide y cuánto tiempo lleva?**

El personal del DSS local determinará si usted es adecuado para un grupo cubierto por Medicaid (ver la sección en Grupos Cubiertos) y si sus recursos e ingresos se encuentran dentro de los límites exigidos después de recibir la solicitud firmada. El monto de ingresos y recursos que pueda tener y aún ser elegible para Medicaid depende de la cantidad de personas en su familia y los límites establecidos para su grupo de cobertura.

La decisión sobre su elegibilidad se realizará en base a su solicitud para Medicaid. (1) dentro de los 45 días calendario, (2) dentro de los 90 días calendario si se necesita una decisión sobre discapacidad o (3) dentro de los 10 días hábiles de la recepción de la agencia de la

solicitud firmada si se ha proporcionado toda la documentación necesaria para determinar la elegibilidad de las mujeres embarazadas o de las mujeres que participan en el Programa la Vida de Toda Mujer del Departamento de Salud de Virginia (Health's Every Woman's Life Program).

El DSS local le enviará una notificación por escrito informándole si su solicitud fue aprobada o denegada. Si no está de acuerdo con la decisión del DSS local, puede presentar una apelación (ver la sección Cuándo y Cómo Presentar una Apelación).

### **¿Cuándo comienza Medicaid?**

La cobertura de Medicaid por lo general comienza el primer día del mes en que presenta la solicitud y se lo considera elegible. La cobertura de Medicaid puede comenzar ya tres meses antes del mes en que presentó la solicitud y reunió todos los requisitos de elegibilidad y recibió servicios médicos durante ese período. La cobertura dentro del grupo Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary - QMB) siempre comienza el mes posterior a la aprobación. La cobertura por reducción de ingresos comienza una vez que se sufre la reducción ingresos hasta la finalización del mismo. Comuníquese con la oficina del DSS local si tiene preguntas acerca de la fecha de inicio de la cobertura de Medicaid.

### **¿Cómo mantengo mi cobertura?**

Una vez que se lo aprueba para Medicaid o FAMIS Plus, la cobertura continuará por 12 meses, siempre y cuando continúe reuniendo los requisitos de elegibilidad. La cobertura de Medicaid o FAMIS Plus debe revisarse anualmente (como mínimo cada 12 meses) para determinar si continúa siendo elegible para el programa. Si esta revisión anual no se completa, se cancelará la cobertura y es posible que deba pagar la atención médica que usted o su hijo reciban. En algunos casos, es posible que la cobertura de Medicaid o FAMIS Plus se revise antes de la finalización de los 12 meses. El DSS local le enviará una notificación cuando se complete su revisión anual. Es posible que se le solicite completar un formulario y proporcionar pruebas de sus ingresos actuales y es posible que algunas personas además deban proporcionar pruebas de sus recursos actuales. O es posible que se revise su elegibilidad durante otros 12 meses mediante el uso de la información con la que ya cuenta el asistente de elegibilidad del DSS.

Si se le notifica que debe completar un formulario o enviar pruebas de sus ingresos o recursos, es muy importante que lo realice de inmediato. Si no proporciona la información antes del límite de plazo indicado, se cancelará la cobertura de Medicaid o FAMIS Plus. Si necesita ayuda para completar los formularios, comuníquese con su asistente de elegibilidad.

Si el DSS puede renovar su cobertura de Medicaid o FAMIS Plus con la información que ya dispone, usted recibirá una notificación en la cual le informan que su cobertura continúa y la fecha de la próxima renovación anual.

**RECUERDE:** Debe informar cualquier cambio de su situación dentro de los 10 días calendario de los cambios. Si los cambios informados afectan su elegibilidad para Medicaid o FAMIS Plus, su caso se revisará en ese momento y se le notificará el resultado. Si usted presenta la solicitud o se lo revisa para otro programa proporcionado por los servicios sociales, tales como Cupones para Alimentos o Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), es posible que su asistente de elegibilidad renueve su Medicaid/FAMIS Plus al mismo tiempo y extienda su cobertura por 12 meses más desde esa fecha.

**ES MUY IMPORTANTE** que le avise de inmediato al DSS si se muda o cambia su dirección. Si no cuentan con la dirección correcta, usted no recibirá la notificación de la fecha para la renovación de la cobertura de Medicaid o FAMIS Plus y su cobertura se cancelará. Si en algún momento se muda o cambia su dirección, comuníquese con el DSS local de inmediato para proteger su cobertura.

## **GRUPOS CON COBERTURA COMPLETA**

Las leyes federales y estatales describen los grupos de personas que pueden ser elegibles para Medicaid. Estos grupos de personas se denominan grupos cubiertos por Medicaid. Las normas de elegibilidad y los servicios médicos disponibles son diferentes para determinados grupos cubiertos. Las personas que son adecuadas para uno de los grupos cubiertos pueden ser elegibles para la cobertura de Medicaid si sus ingresos y recursos se encuentran dentro de los límites exigidos del grupo cubierto. Los grupos cubiertos por Medicare son los siguientes:

- Ancianos (mayores de 65), no videntes o personas con discapacidades:
  - Con ingresos de hasta el 300% de la tasa de pago del Ingreso Complementario de Seguridad (*Supplemental Security Income - SSI*), quienes fueron seleccionados y aprobados para recibir atención en un centro de enfermería o a través de una de las Exenciones de Cuidados Basados en el Hogar y la Comunidad de Medicaid.
  - Con ingresos que no superan el 80% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza\*
  - Los afiliados al Ingreso Complementario de Seguridad (SSI) mayores de 65 años, no videntes o personas con discapacidades y cumplen con los límites de recursos de Medicaid.
  - Quienes perdieron el SSI debido a que se modificaron sus ingresos o condiciones de vida.
- Afiliados a los Subsidios Adicionales (*Auxiliary Grants - AG*) en Centros de Vivienda Asistida.
- Determinados refugiados durante un período limitado de tiempo.
- Niños:
  - Desde el nacimiento hasta los 19 años cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 133% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza\*. (Los niños desde el nacimiento hasta los 19 años cuyos ingresos familiares son superiores al 133% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza\* pueden ser elegibles para FAMIS).
  - Niños menores a 21 años que están bajo cuidado tutelar o adopciones subsidiadas;
  - Bebés nacidos de madres elegibles para Medicaid.
- Familias de bajos ingresos con Hijos a Cargo (*Low Income Families with Dependent Children - LIFC*).
- Personas ciegas o discapacitadas, como mínimo de 16 años de edad y no mayores a 65, quienes trabajan o pueden trabajar y tener un ingreso y cuyos ingresos no superen el 80% de la Guía federal de Ingresos de Pobreza\*. Se hace caso omiso de los ingresos y los recursos retenidos de las ganancias hasta cierto nivel una vez que se afilió al programa Medicaid Works.
- Las personas con necesidades médicas que cumplen con los requisitos del grupo cubierto por Medicaid pero tiene ingresos excedentes.
- Las personas con enfermedades terminales y eligieron recibir atención en hospicios.
- Las mujeres embarazadas (solteras o casadas) cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 133% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza. (Las mujeres embarazadas

cuyos ingresos familiares exceden el 133% del Nivel Federal de Pobreza pueden ser elegibles para MOM de FAMIS).

- Las mujeres seleccionadas por el Programa la Vida de Toda Mujer del Departamento de Salud de Virginia a quienes se les ha diagnosticado y necesitan tratamiento para el cáncer de mama y de cuello del útero.

‘La Guía Federal de Ingresos de Pobreza están disponibles en el sitio Web de DMAS:

<http://www.dmas.virginia.gov/rcp-home.htm>

## GRUPOS CON COBERTURA LIMITADA

### **Grupos cubiertos relacionados con Medicare**

Las personas que son elegibles para Medicare y que son adecuadas para uno de los siguientes grupos cubiertos pueden recibir cobertura limitada de Medicaid. Medicaid paga los costos de Medicare a nombre de estos beneficiarios de Medicare como se indica a continuación:

- **Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB)** tienen derecho a Medicare Parte A. Los ingresos deben ser iguales o inferiores al 100% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza y los recursos deben ser iguales o inferiores a \$4.000 para una persona soltera y \$6.000 para una pareja. Medicaid paga las primas de Medicare Parte A y Parte B y los coseguros y deducibles que Medicare no paga.
- **Beneficiarios Especiales de Medicare de Bajos Ingresos (*Special Low-Income Medicare Beneficiaries* - SLMB)** tienen derecho a Medicare Parte A. Los ingresos deben ser de entre el 100% y 120% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza y los recursos deben ser iguales o inferiores a \$4.000 para una persona soltera y \$6.000 para una pareja. Medicaid paga las primas de Medicare Parte B.
- **Individuos Calificados (*Qualified Individuals* - QI)** tienen derecho a Medicare Parte A. Los ingresos deben ser iguales o superiores al 120% pero inferiores al 135% de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza y los recursos deben ser iguales o inferiores a \$4.000 para una persona soltera y \$6.000 para una pareja. Medicaid paga las primas de Medicare Parte B.
- **Individuos Discapacitados Calificados que Trabajan (*Qualified Disabled and Working Individuals* - QDWI)** - Medicaid puede pagar las primas de Medicare Parte A para algunas personas discapacitadas que pierden la cobertura de Medicare debido a que cuentan con un empleo. Estas personas deben tener un ingreso inferior al 200% de la guía federal de ingresos de pobreza y los recursos deben ser iguales o inferiores a \$4.000 para una persona soltera y \$6.000 para una pareja.

### **Programa de Servicios de Planificación Familiar**

Las mujeres que reciben los servicios relacionados al embarazo pagos de Medicaid y cuyos ingresos son inferiores o iguales al 133% del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir los servicios de planificación familiar hasta 24 meses posteriores a la finalización del embarazo. La cobertura se limita a los siguientes servicios: exámenes ginecológicos anuales, educación y asesoramiento sobre planificación familiar, anticonceptivos aprobados por la

FDA, incluidos anticonceptivos de venta libre y recetados, detección de infecciones de transmisión sexual en la visita inicial de la planificación familiar y esterilización (no incluye histerectomía).

Las afiliadas a los servicios de planificación familiar que necesite otros servicios de salud no cubiertos por el programa de servicios de planificación familiar serán derivadas a Primary Care Association de Virginia, el Departamento de Salud local y Asociaciones de clínicas gratis (Association of Free Clinics) de Virginia para obtener servicios médicos de atención primaria o de rutina si no son elegibles para Medicaid después del embarazo. Los servicios de atención primaria son responsabilidad del afiliado a los servicios de planificación familiar, quien posiblemente deba pagar una tasa reducida u honorarios de escala móvil por dichos servicios. Las mujeres que hayan tenido ligaduras de trompas o histerectomías no son elegibles para recibir los servicios de planificación familiar.

### **Servicios de emergencia para las personas sin ciudadanía**

Se aplican normas especiales para las personas sin ciudadanía. Si una persona es adecuada para uno de los grupos cubiertos mencionados anteriormente pero no es ciudadano estadounidense, su condición de inmigración y la fecha de ingreso a los Estados Unidos determinan su elegibilidad para la cobertura total de Medicaid. Si la condición de inmigración prohíbe la cobertura total de Medicaid, puede ser elegible para el tratamiento médico de emergencia siempre y cuando reúna todos los demás requisitos de elegibilidad de Medicaid.

## **MEDICAID Y OTROS SEGUROS**

Usted puede contar un seguro de salud privado y aun así estar cubierto por Medicaid y FAMIS Plus. Si cuenta con otro seguro, el otro plan de seguros paga primero. Contar con otro seguro de salud no modifica el monto del copago de Medicaid, en caso de ser necesario, que les pagará a los prestadores como afiliado a Medicaid. Si posee una póliza complementaria de Medicare, puede suspender la póliza hasta 24 meses mientras cuenta con Medicaid sin recibir ninguna sanción de su compañía de seguros. Debe notificar a la compañía de seguros dentro de los 90 días de la finalización de su cobertura de Medicaid para restablecer su seguro complementario. Si abandona la cobertura de seguro de salud privada o se afilia en un plan de seguro de salud privada, informe a su asistente de elegibilidad del DSS, de lo contrario, se podría demorar el pago de sus facturas.

En el caso en que Medicaid haya pagado reclamos por servicios cubiertos y luego se comprueba que había otra fuente de pago disponible, Medicaid intentará recuperar el dinero de la otra fuente, ya sea un seguro comercial, Medicare, Compensación para Trabajadores o seguro de responsabilidad civil (si el reclamo se debe a un accidente). Los solicitantes de Medicaid firman una declaración denominada "Asignación de Derechos a Asistencia Médica y Pagos de Terceros". Si usted recibe un pago de su compañía de seguros después de que Medicaid ha pagado la misma factura, debe enviar ese dinero a DMAS.

### **Pagos de Prima del Seguro de Salud (HIPP)**

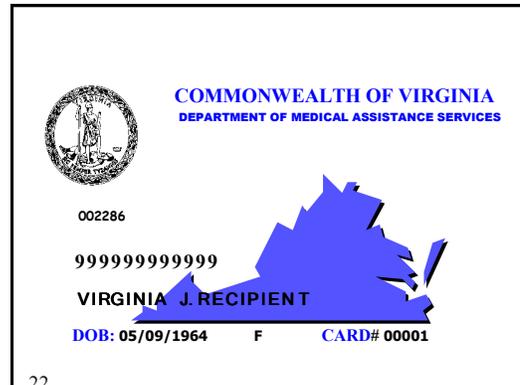
Medicaid puede ayudar con el costo de las primas de seguros de salud privados cuando sea rentable para el programa. El Programa HIPP (solo reembolsa planes de salud de grupos patrocinados por el empleador, no reembolsa primas de pólizas individuales. El DSS es responsable de proporcionar información relacionada con este programa. Puede obtener

información adicional si llama al Programa de Pagos de Prima del Seguro de Salud (HIPP) al 1-800-432-5924.

## TARJETA MÉDICA DE MEDICAID O FAMIS PLUS

Cuando se le considera elegible, se le envía una tarjeta plástica azul y blanca de asistencia médica (tarjeta Medicaid o FAMIS Plus), la cual incluye su nombre y número de identificación.

**Tiene la responsabilidad de mostrar su tarjeta médica a los prestadores al momento de solicitar servicios y estar seguro de que el prestador acepta pagos de Medicaid de Virginia.** Si tiene una tarjeta Medicaid o FAMIS Plus debido a que fue elegible con anterioridad, esa tarjeta tendrá validez nuevamente cuando se restablezca su cobertura.



### Utilización de la tarjeta médica

Recibirá por correo una tarjeta plástica de identificación médica cuando tenga la aprobación de Medicaid o FAMIS Plus (excepto que sólo sea elegible para el pago de las primas de Medicare). Todas las personas de su familia que son elegibles para Medicaid o FAMIS Plus reciben su propia tarjeta. No recibirá una nueva tarjeta si cambian sus beneficios. Puede solicitar una tarjeta de reemplazo al DSS local si su tarjeta se pierde, es robada o destruida.

Muestre su(s) tarjeta(s) **cada vez que reciba un servicio médico**, así su prestador médico puede verificar su condición actual de elegibilidad. Si se afilia a una Organización de Cuidado Administrado (*Managed Care Organization - MCO*), recibirá una tarjeta aparte de esa organización. **Debe mostrar la tarjeta MCO y la tarjeta médica cuando recibe atención.** Si no lleva su(s) tarjeta(s), es posible que lo traten como un paciente que realiza pago particular y será responsable de pagar la factura.

**Tiene la responsabilidad de mostrar su tarjeta de identificación médica a los prestadores al momento de solicitar servicios y estar seguro de que el prestador acepta pagos de Medicaid de Virginia o de su MCO asignada, si corresponde.** Informe la pérdida o robo de su tarjeta de identificación médica al DSS local o de su tarjeta MCO a su MCO de inmediato.

## UTILIZACIÓN LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

### Cobertura normal de Medicaid

Los prestadores quienes se inscriben en forma directa con DMAS ofrecen atención directa a algunos afiliados de Medicaid/FAMIS Plus, lo cual se denomina Honorarios por Servicios (FFS). Si usted no cuenta con un médico asignado o MCO (Organización de Cuidado Administrado), puede elegir cualquier prestador de cuidados para servicios médicos siempre y cuando el prestador acepte pagos de Medicaid de Virginia. Si recibe servicios de prestadores

no inscritos en Medicaid de Virginia, **usted deberá pagar la factura. Medicaid no le devolverá el dinero de las facturas médicas que haya pagado.** Trate de usar un solo médico y una sola farmacia durante la mayor parte de tu atención y continúe con este médico a menos que sea derivado a un especialista.

## **Cuidados administrados**

Se le solicita a la mayoría de los afiliados de Medicaid y FAMIS Plus de Virginia que reciban la atención médica a través de programas de cuidados administrados. Virginia cuenta con dos programas de cuidados administrados establecidos para proporcionar servicios de atención de salud de calidad a los afiliados – los programas MEDALLION y MCO (Organización de Cuidados Administrados). Si reúne los requisitos para ser asignado a un programa de cuidados administrados, dentro de los 15 a 45 días después de su aprobación para Medicaid, recibirá una carta del DMAS en la cual se le solicitará que elija un prestador de atención primaria (*Primary Care Provider* - PCP) de MEDALLION o una MCO para la atención de su salud. Recibirá información útil acerca de los programas tales como una lista de los PCP de MEDALLION y una Hoja de Ayuda o una Tabla Comparativa de la MCO y un folleto. Tendrá aproximadamente un mes para elegir un PCP de MEDALLION o una MCO. **Si no realiza su elección, se le asignará un PCP o una MCO.**

### MEDALLION

En MEDALLION se le asignará un PCP quien le proporcionará servicios de atención primaria de la salud, le otorgará derivaciones a otros prestadores de atención de la salud cuando sea necesario y coordinará sus necesidades de atención de salud. Puede elegir un PCP diferente para cada miembro de su familia con cobertura de MEDALLION. Consulte con su médico de cabecera si acepta MEDALLION. Su PCP se identificará en una carta de presentación de su afiliación a MEDALLION. Para obtener más información, comuníquese con la Línea de Ayuda de Cuidados Administrados de DMAS al 1-800-643-2273.

### Organizaciones de Cuidados Administrados (MCO)

Una MCO es una organización de servicios de salud que coordina los servicios de salud a través de una red de prestadores que incluyen los PCP, especialistas, hospitales, clínicas, compañías de suministros médicos, prestadores de servicios de transporte, farmacias y otros prestadores de servicios médicos. DMAS tiene contrato con 5 planes MCO: AMERIGROUP, Anthem, CareNet, Virginia Premier Optima Family Care. Una vez que haya elegido la MCO de su preferencia, la MCO le enviará directamente a usted un paquete de información. Además, recibirá una tarjeta de identificación de la MCO para utilizar con su tarjeta plástica de identificación médica. **Siempre lleve ambas tarjetas y preséntelas cada vez que reciba atención médica.** La MCO le solicitará que elija un PCP de la red quien administrará todas sus necesidades de atención de la salud. No es necesario que afilie a todos los miembros de su familia en la misma MCO o con el mismo PCP.

Se le solicitará que cumpla con todas las normas del programa de cuidados administrados. Estas normas se describen en el manual del afiliado de la MCO, el cual se incluye en el paquete de información que la MCO le enviará. Si no cumple con las normas del programa de cuidados administrados (por ejemplo, si recibe servicios sin obtener la derivación del médico de cabecera o una autorización de la MCO), posiblemente deba pagar la factura como un paciente que realiza pago de forma particular. Para obtener más detalles, diríjase al manual

del afiliado de la MCO. Para obtener información, comuníquese con la Línea de Ayuda de Cuidados Administrados de DMAS al 1-800-643-2273.

### Afiliación abierta

Existe un período de afiliación abierta anual para los programas MEDALLION y MCO. Este período de afiliación abierta le permite cambiar el PCP de MEDALLION o de MCO. Si desea saber cuando tendrá lugar el período de afiliación abierta o tiene otras preguntas relacionadas a la afiliación al cuidado administrado, comuníquese con la Línea de Ayuda de Cuidados Administrados de DMAS al 1-800-643-2273.

### Administración médica del cliente (CMM)

Algunas personas necesitan una administración especial del uso del médico y la farmacia. Si usted está identificado para la afiliación en la Administración Médica del Cliente (*Client Medical Management* - CMM), recibirá una carta de la Unidad de Auditoría del Beneficiario (RMU) del DMAS. Tendrá la oportunidad de elegir su PCP y farmacia dentro de los 30 días de recibir la notificación de afiliación. **Si no notifica a Medicaid de su elección, se elegirán los prestadores para usted.** Una vez que tenga asignado un médico y/o farmacia, debe recibir la atención sólo de ellos excepto que lo deriven a otro prestador. Su PCP debe entregarle una derivación por escrito cuando necesite consultar con un especialista. Tiene la posibilidad de utilizar otra farmacia en una emergencia como se define en las normas de la CMM. La tarjeta plástica contiene información como una tarjeta de crédito, la cual le informa al prestador los nombres de sus prestadores de CMM. Todos los afiliados de CMM tienen asignado un administrador de casos para responder las preguntas acerca del programa y ayudarlo a seguir las normas del programa.

## **ATENCIÓN MÉDICA DE MEDICAID Y FAMIS PLUS**

Medicaid cubre la mayor parte de la atención médica, ya sea en internación o ambulatoria. Se aplican ciertas limitaciones y normas. Por ejemplo, algunos procedimientos médicos deben realizarse como cirugía ambulatoria excepto que exista una necesidad médica de internación. No se cubre la atención en una institución para el tratamiento de enfermedades mentales para personas entre 21 y 64 años. No se cubre el cuidado dental de rutina para adultos. Existe un límite en la cantidad de consultas aprobadas para servicios de salud psiquiátrica en el hogar y otros servicios profesionales. Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener más información acerca de los servicios cubiertos por Medicaid y FAMIS Plus, comuníquese con la Línea de Ayuda al Beneficiario de DMAS al (804) 786-6145.

### **BabyCare – Salud materno-infantil**

BabyCare es un programa para mujeres embarazadas y niños que reciben servicios a través de FAMIS, FAMIS Plus, FAMIS MOMS o Medicaid y que en la actualidad no están afiliados a una Organización de Cuidados Administrados (MCO). Las mujeres y niños afiliados a una MCO deben comunicarse con su MCO para obtener información sobre programas de embarazo y niños. Los Servicios de Administración de Casos de BabyCare están destinados a mujeres embarazadas o niños de hasta dos años de edad quienes están expuestos a mayores riesgos por problemas durante el embarazo o la primera infancia. Los Servicios Integrales de BabyCare para mujeres embarazadas incluyen clases para el parto y la crianza de niños,

servicios de nutrición, servicios de labores domésticas para las mujeres en reposo y servicios de tratamientos para el abuso de sustancias.

### **Cuidado dental (Smiles for Children)**

El programa *Smiles for Children* proporciona cobertura para los procedimientos de diagnóstico, preventivos, reconstrucción/quirúrgicos, así como también servicios de ortodoncia para los niños de Medicaid FAMIS Plus. El programa también proporciona cobertura para servicios limitados de cirugía oral médicamente necesarios para adultos (mayores de 21 años). Doral Dental USA coordina la prestación de todos los servicios dentales *Smiles For Children*. Si necesita ayuda para encontrar un dentista o realizar una cita, llame al 1-888-912-3456 para hablar con un representante de *Smiles For Children*. Además hay información disponible en el sitio Web de DMAS en <http://www.dmas.virginia.gov/dental-home.htm>.

### **Programa de manejo del estado de enfermedades Healthy Returns**

Un programa diseñado para ayudar a los pacientes a comprender y manejar mejor la arteriopatía coronaria, la insuficiencia cardiaca congestiva, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) y la diabetes a través de la prevención, la educación, los cambios en el estilo de vida y el seguimiento de planes prescritos de cuidado. Healthy Returns se ofrece a todos los afiliados con honorarios por servicios de Medicaid y FAMIS identificados por padecer alguna de las afecciones crónicas cubiertas con la excepción de las personas afiliadas a Medicare (con doble derecho), las personas que viven en instituciones (tales como centros de enfermería) y personas que cuentan con seguros de terceros. Si tiene alguna de estas afecciones, llame a Healthy Returns al 1-800-836-4008 para obtener más información.

### **Admisiones de internación**

El médico debe solicitar una autorización previa antes de que usted se interne o dentro de las 24 horas después de una internación de emergencia.

### **Visitas a profesionales médicos**

Las visitas para terapias psiquiátricas, físicas, de enfermería, terapias ocupacionales y terapias del habla deben recibir aprobación después de que se han producido una determinada cantidad de visitas si se necesitan visitas adicionales.

### **Farmacia**

Es posible que su médico necesite una autorización previa para que la farmacia abastezca algunos fármacos recetados. Dentro de una familia de fármacos, puede haber uno o algunos fármacos selectos que Medicaid desearía que su médico utilice para tratar su afección debido a que son seguros, efectivos y menos costosos. Esto se denomina Lista de Fármacos Preferidos (*Preferred Drug List - PDL*). No obstante, puede recibir medicamentos para tratar eficazmente su afección médica. Se necesita aprobación previa para completar la receta si el fármaco no se encuentra en la PDL. El médico además puede recetar u ordenar algunos fármacos de venta libre equivalentes a los fármacos recetados, en caso de que sea rentable. Se proporcionan fármacos genéricos cuando están disponibles, a menos que el médico especifique que un nombre comercial en particular es necesario desde el punto de vista médico. Esto se cumple ya se si recibe los servicios directamente a través de Medicaid o a través de una MCO. Si tiene alguna pregunta acerca de la PDL, comuníquese con First Health al 1-800-932-3923, con MCO o consulte con su médico.

Los afiliados que cuentan con la cobertura de Medicare Parte A o Parte B deben recibir la cobertura de fármacos recetados incluida en Medicare Parte D. Medicaid de Virginia no pagará los fármacos recetados que están cubiertos por Medicare Parte D para los afiliados elegibles para Medicare. Para obtener más información acerca de la cobertura de Medicare Parte D contáctese con Medicare al 1-800-MEDICARE (800-633-4227).

### **Transporte**

Se proporcionan servicios de transporte, en caso de ser necesario, para ayudar a las personas a tener acceso a los servicios cubiertos por Medicaid. Medicaid cubre dos tipos de transporte:

- **Emergencia:** Medicaid paga por el traslado de emergencia para recibir tratamiento médico.
- **De no emergencia** – todos los traslados que no sean de casos de emergencia se proporcionan a través de un prestador de traslados o a través de su Organización de Cuidados Administrados.

El traslado se proporciona si no cuenta con otro medio de transporte y deba asistir a un médico o centro de salud. Su afección médica no debe poner en riesgo su vida. En el caso de una emergencia en la que esté en riesgo la vida, llame al 911. Llame a la línea para reservas al 1-866-386-8331 como mínimo 48 horas (2 días) antes de la cita médica programada. (Los viajes urgentes comprobables, como altas hospitalarias, pueden aceptarse con un aviso antes de las 48 horas). En el momento de realizar la llamada, tenga su número de identificación de Medicaid a su disposición. Los afiliados a una MCO deben llamar al número para traslados que figura en el manual para acordar los viajes que no sean casos de emergencia.

**Recuerde:** Los viajes deben ser para un servicio cubierto por Medicaid y necesarios desde el punto de vista médico. Ejemplos: citas con el médico, asesoramiento, diálisis, citas con el dentista.

### **Cobertura médica fuera del estado**

Medicaid de Virginia cubre los servicios médicos de emergencia que reciba mientras se encuentre temporalmente fuera de Virginia si el prestador de atención médica acepta participar en el Programa Medicaid de Virginia y enviar las facturas a Medicaid. **No se realizarán pagos en forma directa a los afiliados por los costos de servicios incurridos afuera del estado.** Es posible que las normas para la atención afuera del estado sean diferentes si su cobertura es a través de una MCO. Si está afiliado a una MCO, comuníquese con la misma para obtener información sobre los procedimientos relacionados a los tratamientos recibidos fuera del estado.

Si recibe servicios médicos de emergencia fuera del estado por parte de un prestador no inscrito en Medicaid de Virginia, solicítele al prestador que se comunique con la Unidad de Inscripción de Proveedores de DMAS en:

First Health Provider Enrollment Unit  
P.O. Box 26803  
Richmond, Virginia 23261  
Teléfono: 1-888-829-5373

**Medicaid de Virginia no cubre la atención médica recibida fuera de los Estados Unidos.**

## COPAGOS

Algunos afiliados a Medicaid deben pagar un monto mínimo por determinados servicios. Esto se denomina copago.

Los siguientes afiliados no pagan copago por servicios cubiertos por Medicaid:

- Las personas menores de 21 años;
- Las personas que reciben cuidados en instituciones o basados en la comunidad, servicios de cuidados a largo plazo (se puede aplicar un pago del paciente); y
- Las personas en programas de hospicios.

Medicaid no cobra copagos por los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia (incluso tratamientos de diálisis);
- Servicios relacionados al embarazo;
- Servicios de planificación familiar y
- Servicios en salas de emergencias.

Medicaid cobra copagos a los afiliados mayores de 21 años por los siguientes servicios:

| Servicio                                   | Monto del copago                                 |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Hospital para internación                  | \$ 100.00 por cada internación                   |
| Hospital o clínica de atención ambulatoria | 3.00 por visita                                  |
| Visita en clínica                          | 1.00 por visita                                  |
| Visita en consultorio médico               | 1.00 por visita                                  |
| Otras visitas médicas                      | 3.00 por visita                                  |
| Exámen ocular                              | 1.00 por exámen                                  |
| Receta                                     | 1.00 para genérico<br>3.00 para nombre comercial |
| Visita de salud en el hogar                | 3.00 por visita                                  |
| Servicio de rehabilitación                 | 3.00 por visita                                  |

Un prestador médico no puede negarle el tratamiento o la atención médica si usted no puede pagar el copago. No obstante, usted continua siendo responsable de pagar el copago.

## BENEFICIOS DE MEDICAID O FAMIS PLUS

En la siguiente lista se proporciona una descripción de los beneficios.

- Servicios en clínicas
- Servicios residenciales basados en la comunidad para niños y adolescentes menores de 21 años- Nivel A

- Servicios de salud mental y retraso mental de la comunidad
- Servicios de cuidados dentales
- Equipos y suministros médicos duraderos (DME)
- Programa de chequeo Médico Periódico, diagnóstico y tratamiento Temprano. (EPSDT **por sus siglas en inglés**) – los servicios especializados que se proporcionan con mayor frecuencia son:
  - audífonos
  - Suplementos nutricionales médicos y fórmulas médicas
  - Cuidado personal
  - Atención privada/enfermería especializada
  - Servicios especializados para atender necesidades médicas complejas
  - Tratamiento para el abuso de sustancias
- Exámenes oculares
- Anteojos
- Servicios de planificación familiar
- Tiras de prueba para la medición de la glucosa
- Servicios de cuidados de la salud en el hogar
- Servicios de hospicio
- Cuidados en hospitales: internación/ambulatorio
- Sala de emergencias en hospital
- Servicios de internación en hospital psiquiátrico para personas mayores de 65 años
- Evaluación de plomo en la sangre
- Cuidado a largo plazo
- Coordinación del cuidado materno infantil (BabyCare)
- Centro de enfermería
- Transplantes de órganos
- Cuidado personal
- Servicios de médicos
- Servicios de podología (cuidado de los pies)
- Servicios integrales de cuidado prenatal (BabyCare)
- Fármacos recetados ordenados por el médico
- Dispositivos protésicos
- Servicios psicológicos o psiquiátricos
- Visitas a clínicas para diálisis renales (de riñón)
- Servicios de rehabilitación
- Servicios de tratamiento residencial (Nivel C)
- Abuso de sustancias (en vigencia desde el 7/1/07)
- Servicios de conductas terapéuticas (Nivel B)
- Servicios de traslado para tratamientos médicos
- Tratamiento bajo cuidado tutelar – Administración de casos

### **Descripción de los servicios cubiertos**

**Servicios en clínicas** – Centros (públicos y privados) para el diagnóstico y tratamiento de personas que reciben cuidado ambulatorio.

**Servicios residenciales basados en la comunidad para niños y adolescentes menores de 21 años – Nivel A** – Los servicios residenciales basados en la comunidad para niños y

adolescentes menores de 21 años son una combinación de servicios terapéuticos que se prestan en instituciones de atención residencial. El servicio residencial proporciona una estructura de actividades diarias, psico-educación, supervisión terapéutica y tratamiento psiquiátrico para garantizar la consecución de los objetivos de la salud mental terapéutica según se determina en el plan de servicios individual (plan de cuidado) El niño/adolescente debe recibir servicios de psicoterapia además de los servicios residenciales terapéuticos. Los costos de alojamiento y comida. No se incluyen en el reembolso de estos servicios. Solo los programas/instalaciones con menos de 16 camas son elegibles para proporcionar estos servicios.

**Servicios de salud mental y retraso mental de la comunidad** – Servicios que se otorgan en el hogar o la comunidad del individuo para proporcionar diagnóstico, tratamiento o cuidado de personas con enfermedades mentales o retraso mental. Estos servicios los proporcionan principalmente los Concejos de Servicios a la Comunidad y proveedores privados.

**Servicios de cuidados dentales** – Están disponibles servicios de rutina sólo para niños menores de 21 años. Se cubren dentaduras postizas, ortodoncias y coronas permanentes cuando son recetadas por el dentista y cuentan con la autorización previa de DMAS. La cobertura para adultos se limita solo a las emergencias.

**Equipos y suministros médicos duraderos (DME)** – Se pueden cubrir equipos y suministros médicos necesarios desde el punto de vista clínico en el caso de ser necesarios para realizar un tratamiento indicado por el médico. Por ejemplo:

- Suministros para la ostomía;
- Equipos y suministros respiratorios y de oxígeno;
- Equipos y suministros para diálisis en el hogar.

**Programa de chequeo Médico Periódico, Diagnóstico y tratamiento Temprano (por sus siglas en inglés EPSDT)** – Un programa de cuidados de la salud preventiva y exámenes en niños sanos con pruebas e inmunizaciones adecuadas para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 21 años para mantener a los niños sanos. Los servicios médicamente necesarios, los cuales se requieren para corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas y mentales que se descubren durante un examen de diagnóstico posiblemente se cubran como parte del programa EPSDT aún cuando no estén cubiertos dentro del plan de beneficios médicos del estado. (Consulte la sección “SERVICIOS PARA NIÑOS/EPSDT”).

**Exámenes oculares** – Se limitan a uno cada dos años.

**Anteojos** – cubiertos solo para los afiliados menores de 21 años.

**Servicios de planificación familiar/control de la natalidad** – Los servicios que retrasan o evitan los embarazos, incluso el diagnóstico, tratamiento, fármacos, suministros, dispositivos y determinados procedimientos de esterilización optativos (para mujeres). La cobertura de dichos servicios no incluye los servicios para tratamientos de infertilidad o servicios para promover la fertilidad.

**Tiras de pruebas para la medición de la glucosa** – tiras de prueba para el autocontrol de la glucosa en sangre en caso de ser necesario desde el punto de vista médico.

**Servicios de cuidado de la salud en el hogar** – las visitas de enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o terapeutas del habla y el lenguaje requieren autorización previa después de la quinta visita. Las visitas de un auxiliar de salud en el hogar se limitan a 32 visitas anuales.

**Servicios de hospicios** – Programa dirigido médicamente el cual proporciona cuidados continuos en el hogar, ambulatorios o internación domiciliaria para las personas con enfermedades terminales. (La enfermedad terminal se define como la enfermedad con una prognosis médica de esperanza de vida menor a seis meses).

**Cuidados en el hospital:**

- **Internación** – un paciente que ha ingresado a un hospital para ocupar una cama para recibir servicios hospitalarios. Se cubren los días aprobados.
- **Ambulatorio** – un paciente que recibe servicios médicos pero no recibe internación.

**Sala de emergencia en hospital** – visitas cubiertas para emergencias cuando tiene un problema médico serio que no puede esperar y su vida o salud están en riesgo inminente.

**Servicios de internación en hospital psiquiátrico para personas mayores de 65 años** – Servicios que proporcionan diagnóstico, tratamiento o cuidado para personas con enfermedades mentales. Incluye atención médica, cuidado de enfermería y servicios relacionados. Estos servicios se proporcionan en instituciones denominadas “Instituciones para enfermedades mentales”, que pueden ser hospitales, centros de enfermería u otras instituciones de más de 16 camas.

**Evaluación de plomo en sangre** – Esta prueba se requiere para cada niño elegible para Medicaid como parte de las evaluaciones EPSDT de 12 y 24 meses. También se administra a niños de entre 36 y 72 meses de edad que no hayan sido evaluados previamente.

**Cuidados a largo plazo** – Puede incluir el cuidado en instituciones tales como: Un centro de enfermería o un centro de cuidados intermedios para las personas con retrasos mentales o en la comunidad a través de una Exención de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.

**Coordinación del cuidado materno-infantil (MICC)** – Servicios de administración de casos que se proporcionan a través de BabyCare para mujeres embarazadas y niños hasta 2 años de edad expuestos a altos riesgos afiliados a Medicaid.

**Centro de enfermería** – un centro con licencia y certificado, el cual proporciona servicios a personas que no necesiten el grado de cuidado y tratamiento que proporciona un hospital.

**Transplantes de órganos** – se cubren transplantes de riñón, hígado, corazón, pulmón, córnea, médula ósea y altas dosis de quimioterapia. Todos los transplantes, excepto de córnea, exigen autorización previa.

**Cuidado personal** – Servicios de asistencia que se proporcionan en el hogar y en la comunidad para afiliados menores de 21 años bajo EPSDT quienes reúnen los requisitos de necesidad médica para recibir ayuda en actividades de la vida diaria (tareas diarias básicas

como bañarse, vestirse, higienizarse, trasladarse, alimentarse, continencia urinaria e intestinal necesarias para mantener la salud y la seguridad), control de los medicamentos autoadministrados y el control del estado de salud y condición física. Los servicios no ocuparán el lugar de sistemas de asistencia informales.

**Servicios de médicos** – medico de cabecera, especialistas y osteópatas.

**Servicios de podología (cuidado de los pies)** – No se cubre el cuidado de los pies de rutina y preventivo. El pago por el corte de las uñas para afecciones médicas tales como la diabetes se limita a una vez cada 2 meses.

**Servicios integrales de cuidado prenatal** – Los servicios integrales prenatales que se proporcionan a través de BabyCare están a disposición de todas las mujeres embarazadas afiliadas Medicaid, independientemente de la afiliación a MICC, para ayudar a la conclusión positiva del embarazo. Estos servicios son:

- Educación prenatal para dejar de fumar, preparación para el parto y crianza de niños;
- Evaluación y asesoramiento nutricional; y
- Servicios de labores domésticas para las clientas con orden médica de reposo absoluto. Se debe completar una evaluación de riesgos de la paciente por parte de un prestador aprobado para identificar las necesidades, los tipos de servicio y además servir como herramienta de derivación.

**Fármacos recetados ordenados por el médico** – Medicaid posee una lista de fármacos preferidos (PDL). No obstante, los fármacos no incluidos en la lista pueden cubrirse si cuentan con una autorización previa. Las recetas se completan para un suministro no mayor a 34 días por vez. Se proporcionan fármacos genéricos cuando están disponibles, a menos que el médico especifique que un nombre comercial en particular es necesario desde el punto de vista médico. Se pueden cubrir algunos fármacos de venta libre en lugar de un fármaco recetado si el médico lo ordena. **Los afiliados a Medicaid que cuenten con la cobertura de Medicare deben recibir su cobertura de fármacos recetados bajo Medicare Parte D.** Para obtener información acerca de la cobertura de Medicare Parte D, llame al 1-800-MEDICARE, (1-800-633-4227).

**Dispositivos protésicos** – Se limita a brazos y piernas artificiales, y los elementos necesarios para colocar las prótesis deben recibir la autorización previa de DMAS.

**Servicios psicológicos o psiquiátricos** – Medicaid exige la autorización previa de todas las visitas después de las primeras 26 sesiones. No se otorgará autorización previa a más de 26 sesiones adicionales por año.

**Visitas a clínicas para diálisis renales (de riñón)** – Visitas ambulatorias para tratamientos de diálisis como última etapa en enfermedades renales. La visita puede tener dos componentes: la instalación para atención ambulatoria y los honorarios de administración y evaluación médica.

**Servicios de rehabilitación** – Los servicios ambulatorios para terapias físicas, ocupacionales y patologías del habla-lenguaje.

**Servicios de tratamiento residencial (Nivel C)** - Servicios en hospitales autónomos y centros de tratamiento residencial para niños y adolescentes menores de 21 años a los cuales se les identifica la necesidad de tratamiento por medio del Programa de chequeo médico,

periódico, diagnóstico y tratamiento temprano(EPSDT). Los servicios deben ser médicamente necesarios y requieren autorización previa.

**Tratamiento para el abuso de sustancias (en vigencia desde 7/1/2007)-** Servicios ambulatorios, intervención en crisis, asesoramiento y evaluación y servicios de administración de casos.

**Servicios de conductas terapéuticas (Nivel B)** – los servicios residenciales basados en la comunidad para niños y adolescentes menores de 21 años son una combinación de servicios terapéuticos que se prestan en una institución residencial. Estos servicios proporcionan una estructura para las actividades diarias, psico-educación, supervisión terapéutica y tratamiento psiquiátrico para garantizar la consecución de los objetivos de la salud mental terapéutica según se determina en el plan de servicios individual (plan de cuidado). El niño/adolescente debe recibir servicios de psicoterapia además de los servicios residenciales terapéuticos. No se incluyen en el reembolso por este servicio los costos de alojamiento y comida. Solo son elegibles para proporcionar este servicio los programas o instalaciones con menos de 16 camas.

#### **Servicios de traslado para tratamientos médicos**

- **Emergencia:** Medicaid paga por el traslado de emergencia para recibir tratamiento médico.
- **De no emergencia:** los traslados que no sean de casos de emergencia se conciertan a través de un proveedor de traslados o a través de su MCO. No todos los afiliados de Medicaid reciben servicios de traslado. Si no posee un vehículo o un miembro de su familia que pueda trasladarlo a una cita de un servicio cubierto por Medicaid y no está afiliado a una MCO, pida asistencia al número gratuito 1-866-386-8331.

**Tratamiento bajo cuidado tutelar – Administración de casos** – Servicios de administración de casos para niños en tratamiento bajo cuidado tutelar.

## **SERVICIOS PARA NIÑOS/EPSDT**

El programa de chequeo médico periódico, diagnóstico y tratamiento temprano (EPSDT) es un programa de salud infantil preventivo e integral para los afiliados de Medicaid o FAMIS Plus hasta los 21 años que detecta y trata problemas de salud de forma precoz a través de:

- ✓ Controles regulares médicos, dentales, oculares y auditivos
- ✓ Diagnóstico de problemas
- ✓ Tratamientos de problemas dentales, oculares, auditivos y otros problemas médicos descubiertos durante los controles.

#### **EL PROGRAMA EPSDT ES GRATUITO:**

- ✓ Medicaid abona los controles de EPSDT.
- ✓ Medicaid abona los tratamientos de problemas dentales, oculares, de audición y otros problemas médicos descubiertos durante los controles.
- ✓ Medicaid proporciona el traslado al lugar de la cita de su hijo. Comuníquese con su Organización de Cuidados Administrados o si no cuenta con la misma, llame al número gratuito: (866) 386-8331.

**Los exámenes EPSDT (controles) los realiza el médico de su hijo y deben incluir:**

- ✓ Una historia completa de la salud, nutrición y desarrollo de su hijo.
- ✓ Un examen físico completo
- ✓ Educación para la salud
- ✓ Control del crecimiento y desarrollo
- ✓ Análisis de laboratorio
- ✓ Todos los niños deben evaluarse por la exposición al plomo a los 12 y 24 meses de edad o antes de los 6 años si no fue previamente evaluado.
- ✓ Vacunas/inmunizaciones, según sea necesario
- ✓ Controles oculares
- ✓ Controles auditivos
- ✓ Derivación a un dentista a los tres años de edad

\*Los controles dentales con un dentista deben realizarse cada 6 meses. Para obtener la derivación a un dentista comuníquese con el programa *Smiles For Children* al 1-888-912-3456.

**Debe visitar al médico de su hijo para controles de forma precoz y de forma regular.**

Si el médico de su hijo encuentra un problema de salud durante un control de EPSDT, puede tratar el problema o derivarlo a otro prestador (especialista) que pueda tratarlo.

**¡Realizar controles de EPSDT regulares aún cuando su hijo no está enfermo es la mejor forma de garantizar que su hijo permanezca sano!**

Utilice la tabla a continuación para saber cuándo su hijo debe recibir controles regulares:

| Los bebés necesitan controles a: | Los bebés que caminan y niños necesitan controles a: | Los niños mayores necesitan controles a: | Los adolescentes necesitan controles a: |
|----------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1 mes *                          | 15 meses *                                           | 5 años *                                 | 12 años *                               |
| 2 meses *                        | 18 meses *                                           | 6 años *                                 | 14 años                                 |
| 4 meses *                        | 2 años *                                             | 8 años                                   | 16 años                                 |
| 6 meses *                        | 3 años                                               | 10 años                                  | 18 años                                 |
| 9 meses *                        | 4 años *                                             |                                          | 20 años                                 |
| 12 meses *                       |                                                      |                                          |                                         |

\*La mayoría de las inmunizaciones (vacunas) se proporcionan durante estas visitas.

<<<Consulte a su médico para obtener más información acerca de las inmunizaciones>>>

***Si se necesita un tratamiento o servicio para corregir, mejorar un problema que se encuentra durante el control de EPSDT, o evitar el agravamiento, hable con el médico de su hijo. Existen servicios cubiertos a través del EPSDT que no están normalmente cubiertos por Medicaid. Su hijo puede ser derivado a otros servicios de salud para los cuidados de especialistas necesarios desde el punto de vista médico si el PCE o el prestador de diagnóstico no pueden proporcionar el tratamiento.***

## SERVICIOS NO CUBIERTOS POR MEDICAID Y FAMIS PLUS

- Abortos, excepto que el embarazo ponga en riesgo la salud o la vida;
- Acupuntura;
- Gastos administrativos, tales como relleno de formularios y copias de registros;
- Terapias para el abuso de alcohol y drogas (excepto cuando se proporciona a través del EPSDT o para mujeres embarazadas a través de Concejos de Servicios a la Comunidad y dentro del programa BabyCare);
- Inseminación artificial, fertilización in-vitro u otros servicios para facilitar la fertilidad;
- Incumplimiento de citas;
- Determinados fármacos sin efectividad comprobada y los que ofrecen los fabricantes no participantes (los médicos, droguerías y departamentos de salud cuentan las listas de estos fármacos);
- Determinados procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico experimentales;
- Servicios quiroprácticos (excepto los que se proporcionan a través de EPSDT);
- Tratamiento o cirugía cosmética;
- Servicios de cuidado diurno para ancianos (excepto en algunas exenciones de los servicios basados en el hogar y la comunidad);
- Dentaduras postizas para afiliados mayores de 21 años;
- Servicios médicos en el hospital durante los días no cubiertos;
- Fármacos recetados para tratar la caída del cabello o decoloración de la piel;
- Anteojos o reparación de anteojos para afiliados mayores de 21 años;
- Internación en hospitales en día viernes o sábado por razones que no sean de emergencia e internación con más de un día anterior a la cirugía, a menos que la internación en esos días cuente con autorización previa;
- Cargos hospitalarios por días de cuidado no autorizado por la cobertura;
- Inmunizaciones para mayores de 21 años (excepto en caso de gripe o neumonía para las personas en riesgo);
- Cuidado de internación hospitalaria en instituciones para el tratamiento de enfermedades mentales para afiliados menores de 65 años (excepto los afiliados menores de 22 años que reciben servicios psiquiátricos con internación);
- Cuidados médicos proporcionados por prestadores que no están inscritos o no aceptan Medicaid de Virginia;
- Servicios de cuidado personal (excepto en algunas exenciones de los servicios basados en el hogar y la comunidad o bajo EPSDT);
- Fármacos recetados si el afiliado tiene cobertura de Medicare Parte A o Parte B;
- Enfermería con atención privada (excepto en algunas exenciones de los servicios basados en el hogar y la comunidad o bajo EPSDT);
- Evaluaciones psicológicas realizadas para fines escolares, diagnósticos educacionales, ingreso y/o ubicación en colegios o instituciones o por orden judicial;
- Educación de apoyo;
- Cuidados dentales de rutina para mayores de 21 años;
- Exámenes físicos de rutina para colegios o actividades deportivas;
- Esterilización de afiliados menores de 21 años;
- Consultas telefónicas;
- Programas en clínicas para la pérdida de peso;

Algunos de los servicios mencionados anteriormente pueden estar cubiertos para afiliados menores de 21 años bajo el programa EPSDT. El programa EPSDT puede proporcionar cuidados de salud especiales a su hijo cuando sea necesario desde el punto de vista médico. Bajo EPSDT, Medicaid puede proporcionar determinados servicios para niños que no están cubiertos para los adultos.

Una vez que se lo considera elegible, si recibe un servicio no cubierto por Medicaid o recibe más servicios del límite de Medicaid para ese servicio, usted deberá pagar esas facturas.

## **SERVICIOS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO (LTC)**

Medicaid abona los servicios de cuidados a largo plazo (LTC) en algunas instituciones, tales como centros de enfermería y centros de cuidados intermedios para las personas y personas con retrasos mentales en sus comunidades a través de las Exenciones de Cuidados Basados en el Hogar y la Comunidad. Para ser elegibles para los servicios de LTC, las personas deben reunir determinados requisitos de nivel de cuidado. Estos requisitos pueden incluir asistencia para actividades de la vida diaria y/o necesidades médicas y enfermería. Existen diferentes normas y requisitos de elegibilidad tales como: Exámen de pre-admisión, transferencia de bienes y pago de los pacientes, que solo se aplican a las personas que necesitan cobertura de Medicaid para los servicios de cuidados a largo plazo. Si necesita servicios de cuidados a largo plazo de Medicaid, comuníquese con su DSS local para obtener detalles.

### **Examen para los servicios de cuidados a largo plazo**

Se requiere de exámenes para determinar si una persona reúne los requisitos de nivel de cuidado para los servicios de cuidados a largo plazo. No se necesita ningún examen si la persona ya se encuentra en un centro de enfermería o ingresa al centro directamente desde otro estado. Los exámenes de cuidados a largo plazo basados en instituciones y la comunidad los realizan los siguientes equipos:

- Equipos locales formados por agencias de servicios sociales y de salud;
- Personal de cuidados intensivos hospitalarios;
- Concejos de Servicios a la Comunidad; y/o
- Clínicas de Desarrollo Infantil.

### **Exenciones basadas en el hogar y la comunidad**

Virginia proporciona una diversidad de servicios bajo las exenciones basadas en el hogar y la comunidad orientadas específicamente a los individuos, tales como cuidados personales. Cada exención proporciona servicios especializados para ayudar a determinadas personas a permanecer en sus comunidades. Las siete exenciones disponibles son:

- Exención para personas con SIDA - proporciona cuidados en la comunidad en lugar de recibirlos en un hospital o centro de enfermería para personas que padecen síntomas médicos y funcionales asociados al VIH/SIDA.
- Exención para ancianos o discapacitados con dirección del consumidor (ED/CD) – proporciona cuidados en la comunidad en lugar de un centro de enfermería para personas ancianas o que padecen discapacidades. Las personas pueden elegir recibir servicios dirigidos por una agencia, servicios dirigidos por el consumidor o una combinación de ambos siempre que sea adecuado y no se proporcionen servicios duplicados. Los

servicios ofrecidos en esta exención incluyen asistencia personal, descanso para cuidadores (incluso relevo capacitado), cuidados de la salud diurnos para adultos y servicios de respuesta de emergencia personal.

- Exención de apoyo individual y familiar de personas con discapacidades del desarrollo (DD) - proporciona cuidados en la comunidad en lugar de un centro de cuidados intermedios (para personas con) retraso mental (ICF/MR) para individuos mayores de 6 años con una afección relacionada con el retraso mental, pero que no tiene diagnóstico de retraso mental y que (1) reúne todos los requisitos de nivel de cuidado de ICF/MR (es decir, reúne dos de los siete niveles de funcionamiento para ser elegible), (2) se determina que se encuentra en riesgo inminente de ser ubicado en ICF/MR y (3) se determina que los servicios de cuidados basados en la comunidad incluidos en la exención son los servicios vitales que permiten al individuo permanecer en su hogar en lugar de ser ubicado en un ICF/MR.
- Exención para personas con retraso mental (MR) – proporciona cuidados en la comunidad en lugar de un centro de cuidados intermedios (para personas con) retraso mental (ICF/MR) para individuos hasta los 6 años de edad que se encuentran en riesgo en el desarrollo e individuos mayores de 6 años que tienen retraso mental. Los servicios disponibles bajo esta exención incluyen apoyo en residencias, apoyo diurno, empleo subsidiado, servicios prevocacionales, asistencia personal, descanso para cuidadores, acompañantes, tecnología de ayuda a usuarios con necesidades especiales, modificaciones en el entorno, servicios de enfermería especializados, consultas terapéuticas, estabilización en casos de crisis, sistemas de respuesta en emergencias personales.
- Exención de asistencia tecnológica (Tech) - proporciona cuidado en la comunidad en lugar de un centro de enfermería para personas dependientes de apoyo tecnológico y necesitan importante cuidado de enfermería continuo. Los servicios disponibles bajo esta exención incluyen cuidado personal (sólo para adultos), atención privada de enfermería, descanso para cuidadores, modificaciones en el entorno y tecnología de ayuda.
- Exención de apoyo diurno (DS) para personas con retraso mental – proporciona servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con retraso mental quienes se ha determinado necesitan el nivel de cuidado proporcionado en un ICF/MR y se encuentran en lista de espera para la exención MR. Los servicios que se proporcionan bajo esta exención incluyen apoyo diurno y servicios prevocacionales.
- Exención de vivienda asistida para personas con Alzheimer – está disponible solamente que son beneficiarios de Subsidios Adicionales (AG), tienen un diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer o demencia relacionada y ningún diagnóstico de enfermedad mental o retraso mental. Los servicios que se proporcionan bajo esta exención incluyen asistencia en las actividades de la vida cotidiana, suministro de medicamentos por parte de profesionales matriculados, servicios de enfermería para realizar evaluaciones y programas terapéuticos, sociales y recreaciones los cuales proporcionan actividades cotidianas para personas con demencia.

Para obtener más información comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local, Concejos de Servicios a la Comunidad o DMAS.

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### Usted tiene derecho a...

- Presentar una solicitud para recibir asistencia.
- Recibir información por escrito acerca de las políticas específicas de elegibilidad.
- Recibir una decisión rápidamente.
- Recibir una notificación por escrito de la decisión.
- Que su información personal y sobre la salud se mantenga en privado.
- recibir notificación por adelantado de las acciones que finalicen o reduzcan su cobertura.
- Apelar cualquier acción, tal como:
  - cualquier decisión que deniegue, finalice o reduzca la elegibilidad para Medicaid;
  - período de tiempo exceso para decidir si es elegible, o
  - cualquier decisión que deniegue, finalice o reduzca los servicios médicos cubiertos por Medicaid.

### Usted tiene la responsabilidad de...

- Completar los formularios de solicitud y renovación de forma completa y exacta.
- Proporcionar la información solicitada o informar cualquier problema que tenga para obtener la información necesaria.
- Informar a su asistente de elegibilidad sobre cualquier otro seguro médico que pueda cubrir algunas de sus facturas.
- **Informar de forma inmediata** los cambios en su situación al departamento local de servicios sociales tales como:
  - Mudanza, nacimiento o muerte de un hijo, casamiento, empleo nuevo, inclusión de o renuncia a otro seguro.
  - Finalización temprana o pérdida del embarazo.
  - Cambios en su situación financiera (incluye ingresos ganados y no ganados tales como Seguridad Social, SSI, empleo, cambios en el empleo, transferencia de bienes u obtención de una herencia. Cualquier seguro médico que puede cubrir algunas de sus facturas.
  - Presentar un reclamo de lesiones personales debido a un accidente.
- Respetar las citas programadas.
- Dar prueba de su cobertura al médico en el momento de recibir asistencia.

## FRAUDE Y OTRAS RECUPERACIONES

El fraude a Medicaid es la retención u ocultamiento intencional de información o la entrega de información falsa para obtener los beneficios de Medicaid o FAMIS Plus. El fraude a Medicaid también se produce cuando un prestador factura a Medicaid servicios que no se proporcionaron a beneficiarios de Medicaid o si el beneficiario comparte su número de Medicaid con otra persona para recibir atención médica.

Toda persona declarada culpable de fraude a Medicaid en un tribunal debe compensar al programa de Medicaid por todas las pérdidas (reclamos pagos y primas de cuidados

administrados) y no puede tener atención de Medicaid durante un año después de la condena. Además, la sentencia podría incluir una multa de hasta \$25,000 y/o hasta 20 años de prisión.

Posiblemente además deba compensar al programa Medicaid por cualquier reclamo y prima de cuidado administrado abonado durante los períodos en los que no fue elegible para Medicaid debido a que los actos no fueron considerados delitos. Se debe informar el fraude y abuso al Departamento de Servicios Sociales local o al Departamento de la Unidad de Auditoría de los Servicios de Asistencia Médica al (804) 786-0156.

Asimismo, Medicaid puede recuperar gastos realizados para servicios recibidos por, o primas de cuidados administrados pagados en nombre de, afiliados no elegibles quienes no tuvieron intención de realizar fraude. También incluye la recuperación por servicios médicos recibidos durante el proceso de apelación donde se respalda la acción de la agencia. No existe límite de tiempo (estatuto de limitaciones) para las recuperaciones de Medicaid.

Si usted está afiliado a una MCO de Medicaid, Medicaid abona las primas a la MCO todos los meses para garantizar su cobertura, aún cuando no utilice los servicios médicos. Estas primas se consideran pérdidas para el programa y pueden recuperarse si usted es considerado no elegible para cualquier período previo. Si usted es considerado no elegible para meses previos de cobertura debido a su incumplimiento de la presentación de información fidedigna o de cambios en su situación a su asistente social, es posible que deba pagar esas primas mensuales.

### **Reclamos de responsabilidad de terceros y lesiones personales**

Si usted sufrió lesiones en algún tipo de accidente y tiene un reclamo por lesiones personales, debe informar a su asistente de elegibilidad en el DSS, de esa manera Medicaid puede recuperar el pago de la persona responsable del accidente. El DSS necesitará información tal como la fecha del accidente/lesión, tipo de accidente y nombre del abogado o compañía de seguros, si los hubiere.

### **Recuperación del estado**

Informe el fallecimiento de un afiliado a Medicaid a la oficina del DSS local. Medicaid puede recuperar dinero del estado de un afiliado a Medicaid mayor de 55 años. La recuperación puede realizar solamente después de la muerte del cónyuge sobreviviente y solamente si no hay hijos menores o discapacitados.

## **CÓMO Y CÓANDO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Tiene derecho a solicitar la apelación a cualquier acción adversa relacionada a la elegibilidad inicial o continua para Medicaid o FAMIS Plus. Incluye la demora en el procesamiento de su solicitud, acciones para negarle su pedido de servicios médicos o acciones para reducir o finalizar la cobertura después de que se haya decidido su elegibilidad. Aún cuando no esté afiliado a una MCO, usted puede presentar una apelación directamente a DMAS.

Para solicitar una apelación, notifique a DMAS por escrito de la acción con la cual no está de acuerdo dentro de los 30 días de recepción de la notificación de la agencia acerca de la

acción. Puede escribir una carta o completar un Formulario de Solicitud de Apelación. Los formularios se encuentran disponibles en el sitio de Internet [www.dmas.virginia.gov](http://www.dmas.virginia.gov). Especifique la acción o decisión que desea apelar e incluya una copia de la notificación de la acción si cuenta con la misma. Asegúrese de firmar la carta o el formulario.

Envíe por correo las solicitudes de apelación a:

Appeals Division  
Department of Medical Assistance Services  
600 E. Broad Street  
Richmond, Virginia 23219  
Teléfono: (804) 3718488  
Fax: (804) 3718491

Por reducción o finalización de la cobertura, si su solicitud se realiza antes de la fecha de entrada en vigencia de la acción y la acción está sujeta a apelación, su cobertura puede continuar pendiente del resultado de la apelación. No obstante, es posible que deba compensar al programa Medicaid por cualquier servicio que reciba durante el período de continuidad de la cobertura si se respalda la acción de la agencia.

Después de presentar la apelación, recibirá notificación de la fecha, hora y ubicación de la audiencia judicial programada. La mayoría de las audiencias pueden realizarse vía telefónica.

La decisión del Funcionario de Audiencias es la decisión final administrativa presentada por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica. No obstante, si usted está en desacuerdo con la decisión del Funcionario de Audiencias, puede apelar en el tribunal superior local.

## **DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES**

### **Departamento Local de Servicios Sociales en su ciudad o condado**

Verifique las páginas gubernamentales (azules) de la guía telefónica local para obtener el número de contacto correcto para acceder a la siguiente información:

- Preguntas acerca de la solicitud para acceder a Medicaid, FAMIS Plus o su elegibilidad para el programa.
- Informar un cambio de residencia, ingreso u otro acontecimiento importante.
- Preguntas acerca de la evaluación de pre-admisión para los servicios de cuidados a largo plazo.
- Solicitar folletos informativos acerca de la elegibilidad para Medicaid.

### **Departamento de Servicios Sociales de Virginia**

Por preguntas o reclamos relacionados con las acciones del personal del Departamento local de Servicios Sociales, comuníquese por correspondencia a: Virginia Department of Social Services, Bureau of Customer Service, 7 North Eighth Street, Richmond, Virginia 23219. Asimismo, puede llamar a la línea directa de los servicios al cliente al 1-800-552-3431 o enviar su inquietud por correo electrónico a [citizen.services@dss.virginia.gov](mailto:citizen.services@dss.virginia.gov).

### **Departamento de Servicios de Asistencia Médica**

- Apelaciones – Para obtener información para apelaciones a Medicaid, llame al (804) 371-8488.
- Servicios dentales, *Smiles for Children*, 1-(888) 912-3456.
- FAMIS – Para obtener información acerca de FAMIS, llame al 1-866-87FAMIS, 1-(866) 873-2647.
- Fraude – Para informar fraude o abuso a Medicaid, llame a la Unidad de Auditoría de Beneficiarios de DMAS al (804) 786-0156 o a su Departamento local de Servicios Sociales.
- HIPP – Programa de Pagos de Primas del Seguro de Salud, llame al número gratuito 1-(800) 432-5924.
- Cuidados Administrados – Para obtener información acerca de la afiliación a Cuidados Administrados, llame al 1-(800) 643-2273.
- Cuidados a largo plazo – Para obtener información o consultar sobre problemas, llame al (804) 225-4222.
- Línea de ayuda al beneficiario – Por problemas con la facturación o los servicios de prestadores, llame al (804) 786-6145, o comuníquese por correo con la Unidad de Servicios a Beneficiarios a la dirección que se encuentra en la portada de este manual.
- Transporte – Si no cuenta con un medio de transporte para asistir a una cita de servicios cubiertos por Medicaid y no está afiliado a una MCO, llame al número gratuito 1-(866) 386-8331.
- Exenciones – Para los Programas de Exenciones de Medicaid, llame al (804) 786-1465.

### **Información en el sitio Web de internet**

- Centros para los servicios de Medicare y Medicaid - [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)
- *Smiles for Children* – Servicios dentales- <http://www.dmas.virginia.gov/dental-home.htm>
- FAMIS – Acceso Familiar a Cobertura de Seguro Médico – [www.famis.org](http://www.famis.org)
- Administración de Seguro Social – [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)
- Departamento de salud de Virginia - [www.vdh.virginia.gov](http://www.vdh.virginia.gov)
- Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia - [www.dmas.virginia.gov](http://www.dmas.virginia.gov)
- Departamento de Servicios Sociales de Virginia - [www.dss.virginia.gov](http://www.dss.virginia.gov)

## **OTROS PROGRAMAS RELACIONADOS**

### **Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)**

WIC es un programa de educación de alimentación y nutrición complementarias que proporcionan cupones para la adquisición de alimentos nutritivos específicos. Proporciona asesoramiento sobre la nutrición a las mujeres durante el embarazo, el posparto y el período de amamantamiento, y a niños menores de cinco años con necesidades nutricionales y económicas. El médico de su hijo o los prestadores de exámenes de EPSDT deben derivar los bebés y niños elegibles al departamento de salud local para recibir información adicional y la determinación de elegibilidad de WIC.

El Departamento del Equipo de Servicios de Nutrición de Salud de Virginia está comprometido con la práctica y promoción de la salud. Comuníquese con el mismo al 1-888-942-3663.

### **Programa Head Start**

Head Start es un programa federal para niños en edad preescolar que asiste a niños de bajos ingresos y sus familias. Comuníquese con la división de la escuela local para obtener más información.

### **Programa Healthy Start**

Algunas comunidades de Virginia poseen porcentajes elevados de nacimientos con bajo peso, abortos espontáneos en el último trimestre del embarazo, muerte infantil y nacimientos de madres adolescentes. Las mujeres embarazadas en estas zonas con frecuencia no pueden consultar a un médico debido a que no cuentan con seguro o un seguro adecuado. El programa Virginia Healthy Start Initiative (VHSI) está destinado a reducir la mortalidad infantil en estas zonas urbanas y rurales y en pequeñas poblaciones: Norfolk, Petersburg, Portsmouth y el condado de Westmoreland.

Se puede obtener información acerca de Healthy Start comunicándose con el Coordinador del Programa Healthy Start en la División de Salud de Mujeres y Niños de VDH al (804) 864-7764.

### **Programa de Intervención Temprana**

Los servicios de intervención temprana, también denominados “Parte C” del Acta de Personas con Discapacidades (Individual with Disabilities Act – IDEA) se encuentran disponibles en todo el estado de Virginia para ayudar a los bebés y niños pequeños, menores de 3 años con retrasos o discapacidades del desarrollo y a sus familias.

Para obtener más información, comuníquese con: Programa Los Bebés No Pueden Esperar (Babies Can’t Wait Program), Oficina de Intervención Temprana para Servicios de Abuso de Sustancias y Retraso Mental del Departamento de Salud Mental de Virginia al (800) 234-1448.

### **Programa Resource Mothers**

Las adolescentes son un grupo de riesgo elevado por partos deficientes, tanto médica como socialmente. El Programa Resource Mothers capacita y supervisa a mujeres laicas para desempeñarse como apoyo social para adolescentes embarazadas y padres adolescentes con bebés. El programa ayuda a adolescentes embarazadas con bajos ingresos a obtener cuidados prenatales y otros servicios comunitarios, cumplir con las prácticas del cuidado de la salud, continuar sus estudios y alentar la participación del padre del bebé y los padres de los adolescentes para crear un hogar estable y seguro. Para obtener más información, comuníquese con la División de Salud de Mujeres y Niños, Departamento de Salud de Virginia al (804) 864-7768.

### **Vinculación con los colegios**

Los colegios son enlaces claves en la mejora de la salud infantil ya que se tienen un contacto continuo con los estudiantes y los padres. Los colegios cumplen una función importante en la identificación de los problemas de salud de los niños y en la mejora del acceso a un amplio rango de servicios de salud. Los colegios ayudan a informar a los niños y familias elegibles acerca de Medicaid y el Programa EPSDT.

## INFORMACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

**Esta notificación describe la forma en que puede utilizarse y divulgarse la información sobre su salud y de qué forma usted puede tener acceso a esta información. Revise atentamente esta notificación.**

Cuando usted recibe servicios de salud por parte de una agencia como DMAS, esa agencia puede obtener información médica (de salud) sobre usted. La información sobre su salud está protegida bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act* -HIPAA). La información sobre la salud incluye toda información relacionada con: (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, (2) proporcionarle cuidados de salud o (3) el pago pasado, presente o futuro de su cuidado de salud.

Esta notificación le informa acerca de los derechos de privacidad, nuestra obligación de proteger la información sobre la salud que lo identifica y la manera en que podemos usar o divulgar la información sobre su salud que lo identifica sin necesidad de su autorización por escrito. Esa notificación no se aplica a la información sobre la salud que no lo identifica a usted o a cualquier otra persona.

### **Sus derechos de privacidad**

Usted posee los siguientes derechos relacionados con la información del cuidado de la salud que conservamos sobre usted:

- Puede ver u obtener una copia de la información sobre la salud que poseemos sobre usted, en la mayoría de los casos.
- Puede solicitarnos la corrección de determinada información, incluso determinada información sobre su salud si considera que es errónea o incompleta. La mayoría de las veces no podemos modificar o eliminar información, aún cuando es incorrecta. No obstante, si decidimos realizar un cambio, adjuntamos la información correcta al registro e indicamos que la información nueva sustituye la información anterior. La información anterior permanecerá en el registro. Si se deniega su solicitud de modificación de información, se puede adjuntar al registro su desacuerdo por escrito.
- Puede solicitar una lista de las ocasiones en las que se divulga la información sobre su salud.
- Puede solicitarnos la limitación del uso o divulgación de la información sobre su salud más de lo que lo exija la ley. No obstante, la ley no exige que accedamos a realizarlo.
- Puede informarnos el lugar y la manera de enviarle los mensajes que incluyen información sobre su salud, si considera que el envío de la información a su dirección habitual puede representar un riesgo para usted. Esta solicitud debe presentarse por escrito y debe especificar el lugar y la forma de contactarlo.
- Puede solicitar la obtención de una copia en papel de esta notificación ya sea por teléfono, por correo o a nuestro sitio Web en [www.dmas.virginia.gov](http://www.dmas.virginia.gov).
- Puede retirar el permiso que nos otorgó para utilizar y divulgar la información sobre la salud que lo identifica, salvo que ya hayamos llevado a cabo acciones basadas en su permiso. Debe retirar su permiso de forma escrita.

## **Nuestra responsabilidad de proteger la información sobre la salud que lo identifica**

La ley le solicita al DMAS la protección de la privacidad de la información sobre la salud que lo identifica. Además solicita que le entreguemos a usted un Aviso de responsabilidades legales y prácticas de privacidad.

- En la mayoría de los casos, es posible que el DMAS no utilice o divulgue la información sobre salud que lo identifica sin su permiso por escrito. Esta notificación explica cuándo podemos utilizar o divulgar la información sobre la salud que lo identifica sin su permiso.
- Si el DMAS modifica sus prácticas de privacidad, debe notificarle los cambios. Las nuevas prácticas se aplicarán a toda la información sobre la salud que tengamos sobre usted, independientemente de la fecha en que DMAS recibió o creó la información.
- Como parte de su trabajo con la agencia, los empleados del DMAS deben proteger la privacidad de la información sobre la salud que lo identifica. El DMAS no le otorga a los empleados acceso a la información sobre la salud excepto que sea necesario por razones comerciales, tales como decisiones sobre beneficios, pago de facturas y planificación del cuidado que usted necesita. El DMAS sancionará a los empleados que no protejan la privacidad de la información sobre la salud que lo identifica.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación o necesita más información sobre los derechos de privacidad, pueden contactarse con:

### **La Oficina de Cumplimiento y Seguridad al (804) 225-2860.**

Si considera que DMAS ha violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose con la línea directa de Privacidad de HIPPA al (804) 225-2860. También puede presentar una queja por escrito a:

Office of Compliance and Security  
Department of Medical Assistance Services (DMAS)  
600 East Broad Street, Suite 1300  
Richmond, Virginia 23219

Asimismo, puede presentar una queja por correo a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos a:

Office for Civil Rights, Region III  
U.S. Department of Health & Human Services  
150 S. Independence Mall West, Suite 372  
Philadelphia, PA 19106-3499

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles al teléfono (215) 861-4441, por medio de dispositivos para personas sordas al (215) 8614440 o enviarles un fax al (215) 861-4431.

No se tomarán represalias por la presentación de una queja.

## **De qué manera utilizamos la información sobre la salud que lo identifica**

### **1. Pagos**

DMAS puede utilizar o divulgar la información sobre su salud para pagar o recibir un pago por la atención de su salud. Por ejemplo, cuando un médico envía una factura a Medicaid, ésta incluye información acerca de su enfermedad y tratamiento.

### **2. Operaciones del cuidado de la salud**

DMAS puede utilizar o divulgar la información sobre su salud para operaciones del cuidado de la salud, tales como la realización de evaluaciones de calidad, revisiones médicas, servicios legales o funciones de auditoría. Los ejemplos sobre la utilización y divulgación para operaciones de cuidados de la salud incluyen la utilización y divulgación de la información sobre la salud para la administración de casos, inspección de hogares de ancianos o la garantía de que los prestadores presenten facturas solamente por la atención que usted reciba. El DMAS puede contactarse con usted para informarle sobre tratamientos alternativos o beneficios adicionales que pueden ser de su interés.

### **3. Miembros de la familia, otros familiares o amigos personales cercanos**

El DMAS puede divulgar información sobre su salud a un miembro de su familia, otro familiar o un amigo personal cercano cuando:

- La información sobre la salud se relaciona con la participación de esa persona o en su cuidado o pago por su cuidado.
- Usted tuvo la oportunidad de detener o limitar la divulgación antes de que se realizara.

### **4. Programas gubernamentales que proporcionan beneficios públicos**

El DMAS puede divulgar la información sobre su salud a otras agencias gubernamentales que ofrecen beneficios públicos si la información se refiere a si usted es elegible para o se ha inscripto en Medicaid de Virginia o el programa FAMIS (Acceso Familiar a Cobertura de Seguro Médico) y la ley exige o permite específicamente la divulgación.

### **5. Actividades de supervisión de la salud**

En algunas ocasiones, DMAS puede utilizar o divulgar la información sobre su salud para actividades de supervisión de la salud, y solamente a otra agencia de supervisión de la salud o a una persona que actúa en nombre de una agencia gubernamental.

### **6. Salud pública**

El DMAS puede divulgar la información sobre su salud a:

- Una autoridad de la salud pública con fines de prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidad.
- Un oficial de una agencia gubernamental extranjera que se desempeña con la autoridad de la salud pública, y
- Una agencia gubernamental autorizada a recibir informes de abuso o abandono de menores.

### **7. Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica**

Si el DMAS considera que usted es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, es posible que en algunas ocasiones divulguemos información sobre su salud a una agencia gubernamental que recibe informes sobre abusos, abandono o violencia doméstica.

### **8. Amenaza grave a la salud o la seguridad**

Es posible que el DMAS utilice o divulgue la información sobre su salud si considera que es necesario, por ejemplo, para evitar o reducir una amenaza grave e inmediata a la salud y la seguridad de una persona o la población.

### **9. Para otros fines de aplicación de la ley**

Es posible que el DMAS divulgue la información sobre su salud a un oficial del orden público, tales como para los siguientes fines de aplicación de la ley:

- Para cumplir con una citación judicial de un jurado de acusación
- Para cumplir con una solicitud administrativa, tal como una demanda civil investigativa, si la información es relevante para una investigación administrativa de los programas Medicaid o FAMIS.
- Para identificar y localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo o una persona desaparecida.
- En respuesta a una solicitud de información sobre una víctima de delito real o sospechado.
- Para alertar a un oficial de justicia de una muerte que el DMAS sospecha es el resultado de una conducta criminal, o
- Para informar la evidencia de un delito sobre la propiedad del DMAS.

### **10. Para procedimientos judiciales y administrativos**

El DMAS puede divulgar la información sobre su salud en respuesta a una orden de una corte ordinaria o administrativa o una citación judicial u otro tipo de solicitud de descubrimiento por una parte a una demanda judicial, cuando el DMAS es una parte de la demanda.

### **11. Según lo exige la ley**

El DMAS debe utilizar o divulgar la información sobre su salud cuando una ley así lo exija.

### **12. Proveedores**

DMAS puede divulgar la información sobre su salud a uno de sus proveedores si el proveedor:

- Necesita la información para realizar servicios para DMAS y
- Acuerda proteger la privacidad y seguridad de la información.

### **13. Secretaría de servicios de salud y humanos**

El DMAS debe divulgar la información sobre su salud a la Secretaría de Servicios de Salud y Humanos cuando la Secretaría desea implementar protecciones a la privacidad.

#### **14. Investigación**

El DMAS puede utilizar o divulgar la información sobre su salud para la investigación si un comité de investigación aprueba la utilización. El comité garantizará la protección de su privacidad cuando la información se utilice en la investigación.

#### **15. Otros usos y divulgaciones**

El DMAS puede utilizar o divulgar la información sobre su salud:

- Para crear información sobre la salud que no identifica a ninguna persona específica.
- Para el ejército estadounidense o extranjero para fines militares, si usted es miembro del grupo que solicita la información.
- Para fines de actividades legales de seguridad nacional.
- Para oficiales federales para la protección del presidente y otras personas.
- Para la prisión o cárcel, si usted es un recluso de esta prisión o cárcel, o para el personal del orden público si usted se encuentra bajo custodia.
- Para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores o leyes similares y
- Para informarle o ayudar en la información a un miembro de la familia u otra persona involucrada con su caso acerca de su ubicación, condición general o fallecimiento.

**Esta notificación se publicó y tiene vigencia desde el 1 de marzo de 2007.**

## GLOSARIO

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Actividades de la vida cotidiana</b> | Tareas de cuidado personal (por ejemplo, bañarse, vestirse, higienizarse, trasladarse y comer/alimentarse). El grado de independencia del individuo para realizar estas actividades forma parte de la determinación del nivel de cuidado adecuado y las necesidades de servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Asistente Social autorizado</b>      | Persona autorizada por escrito para dirigir la situación personal o económica de un individuo. Asistente de elegibilidad del Departamento local de Servicios Sociales quien revisa su caso para determinar si es elegible para Medicaid. Usted debe ponerse en contacto con esta persona para informarles cambios, tales como su dirección o ingresos, o problemas, tales como no haber recibido la tarjeta de Medicaid.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Coseguro</b>                         | Parte de Medicare, Medicaid u otro seguro, con cargos permitidos por los cuales el paciente es responsable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Copago</b>                           | Parte de los cargos permitidos de Medicaid que el afiliado debe pagar directamente al prestador por ciertos servicios o procedimientos proporcionados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>DMAS</b>                             | Departamento de Servicios de Asistencia Médica ( <i>Department of Medical Assistance Services</i> ), la agencia que administra el programa Medicaid en Virginia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>DSS</b>                              | Departamento de Servicios Sociales ( <i>Department of Social Services</i> ), la agencia responsable de determinar la elegibilidad para la asistencia médica y la provisión de servicios sociales relacionados. Incluye los departamentos locales de servicios sociales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>EPSDT</b>                            | El programa de chequeo médico periódico, diagnóstico y tratamiento temprano ( <i>por sus siglas en inglés</i> -EPSDT) es un programa de cuidados de la salud preventivos y exámenes a niños sanos con pruebas e inmunizaciones adecuadas para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Servicios necesarios desde el punto de vista médico, los cuales se requieren para corregir o mejorar defectos y enfermedades físicas y mentales que se descubren durante un examen de diagnóstico, posiblemente se cubran como parte del programa EPSDT, aún cuando no estén cubiertos dentro del plan de beneficios médicos del estado. |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FAMIS</b>                  | El programa de Acceso Familiar a Cobertura de Seguro Médico ( <i>Family Access to Medical Insurance Security - FAMIS</i> ) es el Programa de Seguro de Salud Infantil de Virginia que ayuda a pagar la atención médica para niños menores de 19 años y mujeres embarazadas, FAMIS MOM. FAMIS cuenta con un nivel de ingreso más elevado que Medicaid.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>FAMIS PLUS</b>             | Un programa de asistencia que ayuda a pagar la atención médica para niños menores de 19 años cuyos ingresos familiares están dentro del 133% del Límite Federal de Pobreza de acuerdo al número de miembros de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Fraude</b>                 | Retención u ocultamiento de información o la entrega de información falsa para obtener o intentar obtener los beneficios de Medicaid.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Doga genéricos</b>         | Una droga genérica es una copia idéntica de otra con nombre de fábrica. La misma dosis, seguridad, potencia, efecto deseado, anera de usarla y resultados finales, menos el nombre de fábrica.<br>La Administración de Alimentos y Medicamentos por sus exige que los fármacos genéricos posean la misma calidad, solidez, pureza y estabilidad que los fármacos con nombre comercial. Los fabricantes de fármacos genéricos no tienen los mismos costos de inversión que los productores de nuevos fármacos, por lo tanto, los fármacos genéricos son menos costosos.                                                                                                                                                                                              |
| <b>Cuidados administrados</b> | La prestación de servicios de cuidados de la salud que enfatiza la relación entre el prestador de atención primaria ( <i>primary care provider -PCP</i> ) y el afiliado (denominado "hogar médico"). El objetivo del cuidado administrado es contar con un punto central a través del cual se coordina todo la atención médica. El cuidado administrado ha incrementado el acceso a la atención, estimula el cumplimiento y responsabilidad del paciente al momento de buscar atención y servicios médicos, proporciona cuidado continuo, propicia el cuidado preventivo y produce mejores resultados médicos. Se le solicita a la mayoría de los afiliados de Medicaid de Virginia que reciban la atención médica a través de programas de cuidados administrados. |
| <b>MCO</b>                    | La Organización de Cuidado Administrado ( <i>Managed Care Organization</i> ) es un plan de salud contratado para proporcionar servicios médicos y coordina los servicios de cuidados de la salud a través de una red de prestadores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicaid</b>                             | Un programa de asistencia que ayuda a pagar la atención médica para determinadas personas y familias con bajos ingresos y recursos.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Medicamento necesario</b>                | Servicios que son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para mejorar el funcionamiento de una extremidad con malformaciones.                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Prestador de atención Primaria (PCP)</b> | El médico o clínica que proporciona la mayor parte de sus necesidades de cuidados de la salud, otorga derivaciones a otros prestadores de cuidados según sea necesario y controla su salud. Un PCP puede ser un internista, un pediatra (médico de niños), un obstetra/ginecólogo (médico de mujeres) o determinadas clínicas y departamentos de salud.                                                |
| <b>Recursos (Bienes)</b>                    | Los recursos incluyen: dinero disponible, en el banco, en una caja de seguridad, acciones, bonos, certificados de depósito, fideicomisos, pagos para manutención infantil, planes de sepelio prepagos, autos, barcos, pólizas de seguro de vida y bienes inmuebles.                                                                                                                                    |
| <b>SSI</b>                                  | El Ingreso Complementario de Seguridad ( <i>Supplemental Security Income</i> ) es un programa federal administrado por la Administración de Seguridad Social, la cual paga beneficios mensuales a personas con ingresos y recursos limitados y que son discapacitados, ciegos y mayores de 65 años. Los niños ciegos y discapacitados, así como también los adultos, pueden recibir beneficios de SSI. |

**NOTAS:**

**NOTAS:**

**NOTAS:**